

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N^o
458

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Bencjon DREKSLER

Né le 17 Mars 1910 à Lublin (Pologne)

Le Pityriasis Rubra Pilaire
et ses rapports avec la tuberculose

(Travail du Service de M. le Docteur Weissenbach,
à l'Hôpital Saint-Louis.)

Président : GOUGEROT, professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas, PARIS (V°)

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Bencjon DREKSLER

Né le 17 Mars 1910 à Lublin (Pologne)

Le Pityriasis Rubra Pilaire
et ses rapports avec la tuberculose

(Travail du Service de M. le Docteur Weissenbach,
à l'Hôpital Saint-Louis.)

Président : GOUGEROT, professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, rue Cujas, PARIS (V°)

1938

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. - Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLANOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	LEMIERRE
	CUNEO
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE
Clinique urologique	LENOMANT
	TERRIEN
	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Cardiologie clinique	LAUBRY
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE



II. - Agrégés en exercice

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgi- cale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin .	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgi- cale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngo- logie.
HUGUENIN	Pharmacologie.
HAZARD	Anatomie pathologi- que.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ...	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgi- cale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS..	
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. - Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT ..	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. - Agrégés chargés de cours de clinique annexes
à titre permanent

MM.		MM.
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET
AUBERTIN		BROcq
BRULE		CADENAT
CHABROL		GATELLIER
CHIRAY		HEILTZ-BOYER ... Clinique chirurgicale
DONZELOT		MOURE
DUVOIR		QUENU
LIAN		SCHWARTZ
PASTEUR- VALLERY- RADOT		VELTER
SEZARY		
METZGER	} Clinique obstétricale	
ECALLE		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL		

V. - Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Puériculture.
LEDoux-LEBARD	Stomatologie.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Education physique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A ma Mère et à mon Père

*En témoignage de mon profond amour
et de ma reconnaissance pour leur
affection, leur dévouement, leurs sacrifices.*

A ma Sœur

Meis et Amicis

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de la Clinique de Maladies cutanées
et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage respectueux de toute notre gratitude.

A Monsieur le DOCTEUR LEVY-FRANCKEL,
Médecin Assistant de l'Hôpital Saint-Louis,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans notre travail par ses bienveillants conseils.

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le DOCTEUR E. VELTER,
Professeur de la Faculté de Médecine de Paris.

A MON JURY DE THESE.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX.

INTRODUCTION

Jusqu'à 1906 les causes du pityriasis rubra pilaire sont complètement ignorées. Gaucher dans son *Traité des maladies de la peau* dit : L'étiologie du pityriasis rubra pilaire est encore obscure. Je l'ai vu se développer une fois à la suite de chagrin et de fatigues exagérées, une autre fois chez un alcoolique invétéré. En réalité nous ne savons rien sur la nature de la maladie. Thibierge dans *La pratique dermatologique* dit également : L'étiologie du pityriasis rubra pilaire est fort mal déterminée. La seule condition prédisposante qu'on puisse accuser est le nervosisme des parents, quelquefois le lymphatisme des malades eux-mêmes. Brocq dit encore : L'étiologie de cette affection est complètement inconnue. Elle peut apparaître à tout âge, cependant elle débute, d'ordinaire, pendant la jeunesse ou l'adolescence. Dès 1906, M. Milian insiste sur les rapports du pityriasis rubra pilaire avec l'infection bacillaire, et il cherche si la clinique ne pouvait lui fournir des arguments favorables à cette hypothèse. Pour cela il collige les observations de mémoire de Besnier. Sur 23 observations il constate que dans 4 observations seulement il n'est pas du tout question de la tuberculose. Dans 6 observations la tuberculose est seulement probable, enfin dans les 12 autres la tuberculose est

flagrante. La proportion des tuberculeux est donc très forte chez les sujets atteints du pityriasis rubra pilaire (52 %) bien que la tuberculose n'ait pas été cherchée systématiquement. Et M. Milian pense que si les observations étaient prises avec l'idée préconçue de la tuberculose en faisant une enquête minutieuse et recherchant le moindre stigmate bacillaire, celle-ci aurait certainement été dépistée dans une proportion plus grande encore (82 %).

Dans ce modeste travail nous nous proposons d'étudier la nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire en se basant sur la fréquence des antécédents tuberculeux, la co-existence avec les autres manifestations tuberculeuses, les réactions du sujet à la tuberculine et enfin les succès thérapeutiques par le traitement avec les produits à base de tuberculine.

La nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire n'est pas admise par certains auteurs. Certains considèrent le pityriasis rubra pilaire comme une malformation congénitale voisine de l'ichtyose. D'autres admettent encore que des troubles endocriniens déterminent cette affection (Louste, Levy-Franckel, Thibaut). Mais nous croyons, avec M. Milian et M. le Professeur Gougerot, que l'étiologie tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire est la plus juste et la mieux fondée.

Il nous reste à exprimer ici toute notre gratitude et tous nos remerciements à M. Levy-Franckel, Assistant à l'Hôpital Saint-Louis, pour nous avoir inspiré et guidé cette thèse et nous voulons lui exprimer toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Le pityriasis rubra pilaire a été isolé du groupe du psoriasis par Devergie en 1857 ; il a été décrit par Besnier dans la thèse de Richaud en 1889 de façon définitive. De son côté Hébra étudiant le lichen ruber, lui décrivit des formes acuminées. Kaposi reprenant les travaux de son maître, rangea dans le lichen ruber acuminatus non seulement le lichen acuminé de Hebra, mais le pityriasis rubra pilaire typique. De là résulta une confusion, qui n'est pas encore dissipée. L'identité du lichen ruber acuminatus et du pityriasis rubra pilaire fut d'abord admise par Brocq et par Kaposi lui-même et sembla longtemps hors de doute, mais elle fut contestée de nouveau. On peut, croyons-nous, admettre que les formes acuminées du lichen plan, formes sévères souvent, ont une individualité propre mais que les faits décrits par Kaposi rentrent dans le pityriasis rubra pilaire,

ETUDE CLINIQUE

Lésion élémentaire

L'élément caractéristique du pityriasis rubra pilaire est une petite papule squameuse folliculaire. Elle est d'un rouge vif ou bistré, quelquefois incolore au début, saillante, de forme acuminée, tronquée à son sommet ; celui-ci porte un orifice folliculaire, comblé par une squame blanche, sèche, adhérente, engainant un ou plusieurs poils souvent atrophiés. Ces papules folliculaires sont sèches ; jamais on ne les voit vésiculeuses ou pustuleuses, leur volume est celui d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet ; elles sont fermes au toucher, et, par l'effet de leur groupement, la peau prend un aspect granité, et donne une sensation de râpe à la main qui la frôle. Isolées au début, ces papules se multiplient et s'agminent par la suite ; la peau intermédiaire rougit, et il en résulte des taches, plaques ou nappes de toute dimension, recouvertes de squames pityriasiques ou psoriasiformes. Leurs bords sont, dans la règle, irréguliers et entourés de papules péripilaires caractéristiques.

Disposition régionale

L'éruption est d'ordinaire nettement symétrique. La disposition est assez fixe dans les cas complets et se présente dans les régions atteintes sous des aspects typiques : au cuir chevelu, c'est un pityriasis blanc à squames abondantes ; les cheveux ne tombent pas ; — à la face, on ne voit pas de cônes pilaires, mais une rougeur squameuse diffuse ; — aux coudes et aux genoux on observe des plaques rouges à squames épaisses, adhérentes. La face dorsale des phalanges est plus encore que ces dernières régions un siège d'élection de pityriasis rubra pilaire ; on y trouve tantôt des papules rouges agglomérées en plaques, tantôt seulement des cônes cornés noirâtres, aux orifices pilaires ; ces lésions sont presque pathognomoniques. Les régions palmaires et plantaires sont d'un rouge bistré, leur épiderme corné est épaissi, sec, fissuré au niveau des plis. Les membres et souvent le tronc sont le siège de papules acuminées plus ou moins groupées, et de placards de grandes étendues.

Signes fonctionnels

Les malades se plaignent quelquefois de prurit, d'ardeur, et habituellement d'une sensation de tension.

Evolution

L'évolution du pityriasis rubra pilaire est très variable. Au début, les régions palmaires et plantaires, les

coudes ou les genoux, ou encore la face dorsale des phalanges et le cuir chevelu peuvent être seuls atteints pendant des mois et des années. On voit donc fréquemment des formes frustes, quelquefois des papules folliculaires, groupées sur les membres et sur le tronc qui sont le seul symptôme qu'on puisse relever. D'ordinaire, les périodes d'envahissement et de confluence, plus ou moins prolongées, sont coupées par de longs arrêts. On observe aussi des extensions brusques, à allure d'érythrodermie exfoliante.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les lésions les plus apparentes sont épidermiques mais l'atteinte du derme plus discrète est fréquente. Le fait le plus important est l'hyperkératose folliculaire ; chaque follicule pilo-sébacé est dilaté, et contient des strates épaisses de kératose s'y enfonçant profondément en bulbe d'oignon, et faisant saillie au dehors, tantôt atrophié ou cassé. Les plaques érythémateuses présentent les mêmes lésions folliculaires, même quand elles semblent lisses cliniquement, mais il s'y ajoute une hyperkératose diffuse. Le second caractère du pityriasis rubra pilaire est un infiltrat cellulaire siégeant dans le derme et le corps papillaire, et qui prédomine autour des follicules leur formant un manchon. Cette infiltration reste discrète, quoique plus accusée que dans le lichen plan ; elle est constituée de façon variable : cellules rondes, fusiformes, plus rarement leucocytes et plasmocytes. Les autres lésions sont accessoires : la granuleuse est le plus souvent hypertrophiée, parfois atrophiée ; les prolongements intrapillaires sont élargis ou allongés. Les vaisseaux et lymphatiques sont dilatés ;

les glandes sébacées tantôt atrophiées, tantôt normales. Histologiquement on n'a donc jamais un tissu tuberculoïde. On ne rencontre ni cellules épithéloïdes ni cellules géantes. La formation histologique ne peut donc faire supposer l'origine tuberculeuse de l'affection ; ce n'est cependant pas comme nous verrons plus loin une raison d'éliminer cette origine.

LE ROLE DES TROUBLES ENDOCRINIENS
DANS LA PATHOGENIE
DU PITYRIASIS RUBRA PILAIRE

Le pityriasis rubra pilaire familial

L'existence d'hyperkératose, l'accroissement de certaines phanères constatées dans le pityriasis rubra pilaire doivent faire soupçonner l'intervention du système glandulaire (Levy-Franckel). D'autre part, certains auteurs (Levy-Franckel, Thibaut, Gaertner, Teissler) constatèrent de nombreux cas familiaux de pityriasis rubra pilaire. Ces auteurs pensent que la transmission d'un caractère héréditaire s'explique par l'altération héréditaire de certaines glandes, et en particulier la thyroïde. Sans aller jusqu'à dire d'une façon absolue que la constatation de la nature héréditaire d'une affection soit d'origine endocrinienne, il n'en est pas moins vrai que la nature familiale du pityriasis rubra pilaire renferme la thèse de l'origine endocrinienne de cette affection. En 1922, MM. Hudelo, Pilet constatèrent chez un sujet atteint de pityriasis rubra pilaire un syndrome de l'hypothyroïdie. Un autre malade, présenté à la

Société Dermatologique par MM. Louste, Levy-Franckel et Thibaut outre de signes de dysthyroïdie offrait une augmentation de métabolisme basal.

Nous pensons que, si pour certains auteurs l'existence de facteur héréditaire dans le pityriasis rubra pilaire confirme le rôle de perturbations des glandes vasculaires sanguines, le caractère familial du pityriasis rubra pilaire ne peut être un argument contre la nature tuberculeuse de l'affection, bien au contraire. Il n'y a rien de plus familial que les maladies infectieuses qu'il s'agisse de syphilis ou de tuberculose.

QUELQUES REMARQUES SUR LA VALEUR CLINIQUE DE LA TUBERCULINO- REACTION

*(Réaction positive à la tuberculine du sujet atteint
de pityriasis rubra pilaire.)*

On sait que M. Milian a obtenu chez les sujets atteints de pityriasis rubra pilaire une réaction générale (courbature, céphalée et température) et une réaction locale, après l'injection sous-cutanée de la tuberculine (Obs. N. IX). C'est cette réaction locale des éléments du pityriasis, qui donne à l'observation toute sa valeur, car si le malade avait eu seulement la réaction générale, on avait seulement le droit de dire que le sujet était tuberculeux, mais non que son pityriasis l'était. Malheureusement, ces faits n'ont pas été confirmés par beaucoup d'auteurs. La méthode d'injection sous-cutanée de tuberculine, à cause des dangers qu'elle présente, est actuellement abandonnée. La cuti et intradermo réaction pratiquée actuellement systématiquement chez les sujets atteints de pityriasis rubra pilaire se révèle tantôt positive, tantôt négative. Nous pensons qu'il est impossible

de tirer des conclusions de ces épreuves biologiques chez l'adulte, car elles sont souvent infidèles. Elles se révèlent positives presque dans tous les cas chez l'adulte ; il ne faut donc tenir compte que des résultats négatifs. On doit rejeter le diagnostic de tuberculose chez tout individu qui ne réagit pas, excepté au cours de certaines affections (pneumonie, scarlatine, etc.) ou chez les tuberculeux trop avancés. La valeur diagnostique est donc très restreinte, mais la cuti-réaction négative n'est pas un argument suffisant pour nier la nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire, car nous savons qu'il y a des malades porteurs de tuberculides chez lesquels les réactions à la tuberculine sont négatives (Spillmann).

Quant à l'intradermo et cuti-réaction, les résultats positifs ne prouveraient pas grand' chose comme nous avons démontré ci-dessus à moins qu'elles ne s'accompagnent d'une réaction locale des éléments de pityriasis rubra pilaire. Chez l'enfant au contraire, au-dessous de 5 ans, ces réactions ont une grande valeur. Positives, elles permettent de dire que l'enfant possède en un point quelconque un foyer tuberculeux éteint ou en évolution (adénopathie par exemple), négatives, elles permettent d'éliminer le diagnostic de tuberculose en tenant compte comme chez les adultes des réserves envisagées.

COEXISTENCE DU PITYRIASIS RUBRA PILAIRE ET DES MANIFESTATIONS TUBERCULEUSES

Grâce aux observations que nous apportons (Obs. N. N. III, IV, V, VI, VII), nous espérons montrer que le pityriasis rubra pilaire coexiste tantôt avec les manifestations tuberculeuses cutanées, tantôt avec manifestations pulmonaires ou ganglionnaires. Dans le cas où le sujet malgré un examen minutieux nous a paru indemne de toute tuberculose, où les apparences mêmes plaident en faveur d'une santé parfaite, des recherches radiologiques ou biologiques sont venues confirmer la thèse de M. Milian.

ACTION THERAPEUTIQUE DES PRODUITS A BASE DE TUBERCULINE

Plusieurs auteurs ont déjà indiqué la coexistence de tuberculose et de pityriasis rubra pilaire (Obs. NN. III, IV, V, VI, VII). Certains auteurs ont même rapporté des cas de pityriasis rubra pilaire terminés par la mort. (Gaucher et Milian).

En partant de cette donnée, M. le Professeur Gougerot a pu soigner plusieurs cas de pityriasis rubra pilaire par le vaccin de Vaudremer et en a obtenu la guérison. (Obs. NN. XII, XIII).

Lortat-Jacob a guéri également un pityriasis rubra pilaire chez une jeune fille atteinte, d'une part, de lupus érythémateux du cuir chevelu, de tuberculose linguale et de tuberculose pulmonaire, par des injections d'antigène de Nègre et Boquet.

QUELS SONT LES ARGUMENTS
CONTRE LA NATURE TUBERCULEUSE
DU PITYRIASIS RUBRA PILAIRE ?

La nature du pityriasis rubra pilaire comme nous avons déjà remarqué est encore sujette à controverse. L'opinion défendue par M. Milian de sa nature tuberculeuse ou tout au moins de ses rapports plus ou moins étroits avec l'infection tuberculeuse semble séduire de plus en plus un certain nombre de dermatologistes et certains résultats thérapeutiques obtenus avec des vaccins antituberculeux paraîtraient confirmer cette façon de voir. Et pourtant il existe un certain nombre de cas où malgré une enquête minutieusement poussée, il est impossible de trouver le moindre argument plaidant en faveur d'une origine tuberculeuse (Pautrier). Si nous examinons maintenant l'hypothèse tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire, la discussion ne manquera pas d'intérêt. Nous savons que parmi les caractères qui font affirmer qu'une affection cutanée est tuberculeuse, il n'en est que deux ayant une valeur scientifique absolue. Ce sont : la présence de B.K. dans les lésions et les résultats positifs de l'inoculation au cobaye du tissu morbide. Mais en dehors de tuberculose cutanée incontestable il existe toute une série de dermatoses dont

la nature tuberculeuse n'a pas été scientifiquement prouvée d'une façon absolue, et pourtant il y a entre elles et la tuberculose un lien étroit. On les réunit sous le nom de tuberculides. Dans l'appréciation de la question d'origine tuberculeuse de tuberculides on tient généralement compte des données suivantes :

1) La fréquence de leur coïncidence avec des manifestations tuberculeuses (pulmonaires, ganglionnaires, cutanées, etc.).

2) La réaction positive à la tuberculine, réaction locale, générale et surtout réactivation des lésions.

3) La structure histologique.

4) L'inoculation positive au cobaye.

Or, si le pityriasis rubra pilaris satisfait si fréquemment d'ordinaire aux deux premières conditions, il ne remplit pas les deux dernières. Certains auteurs (Pautrier et Hincky) voudraient voir dans ces faits un argument décisif contre la théorie de M. Milian. Analysons maintenant les faits :

I. — *La structure histologique*

Les lésions qui constituent les différentes formes de la tuberculose cutanée peuvent se présenter avec une variété d'aspects assez grande qui ira de la lésion tuberculeuse classique à des images parfois simplement inflammatoires. Le follicule tuberculeux classique avec son groupement de cellules géantes, les cellules épithéloïdes, l'infiltration lymphocytaire ne se rencontrent qu'assez rarement dans les lésions tuberculeuses de la

peau. On ne l'observe que dans l'ulcère et gomme tuberculeux. Quand on peut trouver de véritables follicules tuberculeux avec leur structure classique, il est évident que cette constatation représente une forte présomption en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection. Hors l'ulcère tuberculeux et la gomme tuberculeuse on ne rencontre guère dans le lupus tuberculeux, dans la tuberculose verruqueuse qu'un tissu tuberculeux remanié, ce qu'on appelle sous le nom de formations tuberculoïdes. On ne retrouvera que des follicules incomplets, ébauches de cellules géantes et entourés de quelques cellules épithéloïdes ou dispersés dans un infiltrat souvent remanié par l'inflammation. De telles formations peuvent-elles donner une certitude quelconque sur la nature tuberculeuse de la lésion où on les rencontre ? En aucune façon, car on peut les retrouver dans d'autres affections que la tuberculose : syphilis, mycose, etc. Dans les formes de tuberculose atypique et dans les tuberculides on peut trouver toute une série de lésions d'intensité décroissante, d'un tissu franchement tuberculoïde à un tissu inflammatoire banal ne présentant même plus d'ébauches de la moindre formation tuberculoïde. Prenons comme exemple le lupus érythémateux. Ici plus de tissus d'aspect tuberculeux, ni de formations tuberculoïdes. On ne trouve plus de cellules géantes, plus de cellules épithéloïdes. Il faudrait donc admettre la possibilité d'un nouveau type de lésions tuberculeuses sans la moindre signature de tuberculose histologique d'une dermatose présumée tuberculeuse ne histologique d'un dermatose présumée tuberculeuse ne

peut en aucun cas constituer un signe de certitude, puisque dans certains cas on peut trouver une histologie tuberculeuse plus ou moins nette sans pouvoir affirmer l'existence d'une tuberculose et que dans d'autres cas on peut trouver une structure histologique, sans être peut-être en droit d'exclure la tuberculose.

II. — *L'inoculation au cobaye*

L'inoculation au cobaye de tissu morbide de pityriasis rubra pilaire a donné à MM. Pautrier et Hincky un résultat négatif. M. Pautrier a inoculé deux cobayes : le premier est mort au bout de huit jours sans lésions d'inoculation ni de lésions viscérales, l'autre est mort au bout de six semaines sans lésion d'inoculation, sans lésions viscérales, mais avec un petit ganglion inguinal; donc, l'examen histologique n'a montré que des lésions inflammatoires banales et pas de traces de lésions tuberculeuses. Sans vouloir diminuer l'importance des faits apportés, nous croyons qu'il serait aussi injuste d'exagérer leur importance et de nier la nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire en se basant uniquement sur les résultats négatifs de l'inoculation car il y a de nombreuses dermatoses dont la nature tuberculeuse est prouvée et pourtant l'inoculation est presque toujours négative. Faut-il rappeler que lorsque Besnier, aux environs de 1880, défendit la théorie tuberculeuse du lupus érythémateux, il le fit en s'appuyant uniquement sur les arguments cliniques et en particulier sur la co-existence fréquente de tuberculose pulmonaire, ganglionnaire et cutanée,

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (MM. LORTAT-JACOB et FERNET)

Le pityriasis rubra pilaire familial

Le malade X..., âgé de 19 ans, est atteint de pityriasis rubra pilaire, dont le diagnostic ne paraît pas douteux. Il présente, en effet, sur la face et sur le tronc de grands placards érythémateux recouverts de squames pityriasiques et surtout au niveau de la face dorsale des pieds et des orteils, des cônes péripilaires noirâtres absolument typiques.

Cette affection semble avoir débuté vers l'âge de 4 ans ; elle s'est développée assez rapidement et ses caractères, depuis lors, ne se sont guère modifiés.

Mais ce qui nous a paru particulièrement intéressant dans l'histoire de ce malade, c'est le caractère familial de ce pityriasis. Son père est indemne de toute lésion cutanée, de même que ses ascendants. Par contre, sa mère, actuellement âgée de 50 ans, est atteinte de pityriasis rubra pilaire ; le frère de notre malade, âgé de 10 ans, présente lui aussi un pityriasis rubra pilaire. La sœur de notre malade est normale. Par contre, son oncle maternel était atteint lui aussi d'un pityriasis rubra

pilaire. Il est mort à l'âge de 35 ans de tuberculose pulmonaire. Enfin, la tante maternelle de notre malade présente, elle aussi, la même lésion cutanée.

Voici donc une famille dans laquelle nous avons pu relever 5 cas de pityriasis rubra pilaire. L'état général de notre malade est absolument parfait, il semble indemne de toute lésion tuberculeuse, mais l'intra-dermo-réaction à la tuberculine est nettement positive.

OBSERVATION II. — (MM. LOUSTE, LEVY-FRANCKEL
et THIBAUT)

Pityriasis rubra pilaire avec troubles endocriniens

Madame V..., âgée de 52 ans, vient consulter pour une affection de la peau, rouge et légèrement squameuse, datant de 5 mois. Les premiers éléments sont apparus à cette époque à la peau, sur le cou, les seins, les bras, puis ont envahi le thorax et enfin les jambes. Les éléments d'abord gros comme un gros grain de millet, se sont ensuite réunis pour former de larges placards, rouge brun, disséminés sur le bras, le dos et les seins, l'abdomen et les jambes.

Actuellement on constate des lésions cutanées à différents stades de leur évolution. Sur la face dorsale des avant-bras et des bras existent de nombreux cônes cornés périfolliculaires, de couleur rouge bistre très acuminés sur le haut du bras et donnant réellement au toucher la sensation de râpe. Ces cônes péripilaires existent également, avec leur aspect classique, sur la face dorsale des phalanges. Sur le cou, la poitrine, la

face externe des bras, l'abdomen, les cuisses existent de vastes placards d'un rouge vif à bords irréguliers limitant des espaces de peau saine. Ces placards sont épais, infiltrés, sur leur étendue on trouve par place de petits éléments cornés. Les mains présentent sur leur face dorsale des placards épais, donnant l'impression d'une kératose craquelée. Sur leur face palmaire ainsi que sur la face plantaire des pieds, existe une épaisse kératose bilatérale. Cette hyperkératose déborde sur les bords et la face dorsale des doigts laissant entre elle et la zone des cônes cornés des espaces de peau saine.

A l'examen général on ne trouve rien du côté de l'appareil respiratoire. Il n'existe aucun signe de tuberculose cliniquement décelable. Par contre, du côté du système endocrinien, on note que la malade a été réglée à 13 ans. Les règles revenaient tous les 24 jours et duraient deux jours. Depuis le début de la maladie la malade est devenue très frileuse. Le corps thyroïde est impossible à trouver. On note un faciès lunaire, la chute des poils axillaires et l'hypertrychose de la lèvre supérieure. En même temps que frileuse, la malade est devenue moins vive, apathique. Elle a beaucoup grossi. Le métabolisme basal, recherché par M. Stevenin, au Laboratoire de M. Labbé, a donné le chiffre de + 32 %.

En résumé, cette malade avec son faciès lunaire, son absence de poils à la région axillaire, l'hypertrychose, sa frilosité apparue en même temps que sa lésion cutanée, devait faire conclure à un syndrome d'hypothyroïdie ; le métabolisme basal fortement augmenté, doit faire admettre qu'il s'agit d'une dysthyroïdie,

OBSERVATION III. — (MM. GAÏTOU et COUTELMONT)

Pityriasis rubra pilaire et abcès froid

L'enfant Marcel G..., âgé de 8 ans, était atteint depuis deux ans d'un pityriasis rubra pilaire typique avec cônes cornés des doigts et des diverses parties du corps, avec érythro-kératodermie palmaire et plantaire.

Antécédents tuberculeux importants. Un oncle de l'enfant a succombé à une affection tuberculeuse ; d'autre part, l'enfant, âgé de 4 ans, présentait un abcès de la paroi thoracique qui semblait avoir eu tous les caractères d'un abcès froid.

OBSERVATION IV. — (MM. HALLOPEAU et GARBAN)

Pityriasis rubra pilaire et abcès froid

L'enfant I. W..., âgé de 13 ans, est atteint depuis six mois d'un pityriasis rubra pilaire. On note actuellement l'existence d'éléments cornés périfolliculaires constitués par des cônes saillants d'une consistance dure, ils donnent à la palpation une sensation râpeuse.

La peau sur laquelle reposent ces éléments est normale. Du côté des extrémités, pieds et mains, on note une asphyxie locale très marquée.

Nous n'avons trouvé chez cet enfant aucun signe de tuberculose en activité, mais en le découvrant on constate l'existence à l'avant-bras droit d'une cicatrice ancienne déprimée et adhérente à l'os sous-jacent. Elle s'est produite consécutivement à un abcès froid.

OBSERVATION V. — (MM. WEISSENBACH et LEVY-FRANCKEL)

Pityriasis rubra pilaire et tuberculose ganglionnaire

Mme J. Lan..., âgée de 46 ans, vient consulter pour des lésions occupant la face dorsale des doigts, la surface d'extension des membres et les régions palmo-plantaires. Sur la face dorsale des doigts existent des cônes cornés péri-pilaires, acuminés, noirâtres, caractéristiques. Ils existent depuis deux ans.

Des cônes cornés analogues se montrent aux deux coudes. Les mêmes cônes cornés existent aussi aux deux genoux. A la paume de la main existe une kératodermie. Pareille manifestation existe à la plante du pied.

La malade a remarqué que ses ongles poussaient avec une rapidité anormale.

L'examen de la malade révèle dans la région cervicale, l'existence de cicatrices déprimées au nombre de quatre, blanchâtres et gaufrées. Ces cicatrices datant de l'enfance offrent l'aspect de lésions bacillaires éteintes, ganglions suppurés. Le fonctionnement des principales glandes est normal.

OBSERVATION VI. — (MM. TOURAINE et SOLENTE)

Sept cas de pityriasis rubra pilaire dans une même famille, sept cas de tuberculose

Nous ne ferons dans cette observation que rapporter assez brièvement les observations des divers membres de cette famille.

Les grands-parents P..., sont morts, le mari à 54 ans, asthmatique, la femme à 52 ans, cardiaque.

Ils eurent 12 enfants dont les 6 premiers sont morts très jeunes et sur lesquels il nous a été impossible d'obtenir quelques renseignements. Des 6 autres, nous connaissons l'histoire et la descendance.

1° Anne P..., épouse Q..., âgée de 48 ans, elle a un pityriasis rubra pilaire, depuis l'âge de 17 ans, Il s'agit d'une forme intense et étendue qui affecte profondément la face, la poitrine, les grandes articulations, les mains. On signale en plus une obscurité respiratoire marquée du sommet gauche avec submatité, une toux persistante.

Anne a 3 enfants. Une fille de 25 ans est bien portante. L'aîné des garçons Etienne, a 21 ans, il vient de faire un long séjour dans notre service où il était en traitement pour un pityriasis rubra pilaire très marqué datant de quatre ans. Chez lui des poussées thermiques, une réaction très nette à la tuberculine. L'examen clinique et radiologique traduisent une infiltration du sommet gauche. Le troisième enfant, âgé de 12 ans, a été soigné par le Docteur Lortat-Jacob pour un pityriasis rubra pilaire qui a débuté à l'âge d'un an. Cet enfant présente de nombreuses adénopathies cervicales, axillaires et inguinales.

2° Louis P..., né en 1886, est mort à 44 ans de tuberculose pulmonaire. Il était aussi atteint de pityriasis rubra pilaire. Les quatre enfants sont morts jeunes ; pour l'une des filles on sait qu'il s'agissait aussi de tuberculose.

3° Henri P... était infirmier dans le service du Docteur Thibierge. Il présentait une forme grave du pityriasis rubra pilaire. Il est mort sans enfants à l'âge de 36 ans, de tuberculose pulmonaire.

4° Marie P..., épouse Le Q..., née en 1892, est morte à 40 ans de tuberculose pulmonaire. De ses trois enfants, l'un est mort à 8 ans d'accident, le 2° à 18 ans de tuberculose, le 3° a 8 ans et est bien portant.

5° Marie P..., épouse C..., née en 1895, est bien portante. De ses deux enfants, une fille de 7 ans présente un pityriasis rubra pilaire.

6° Marianne P..., née en 1897, a un pityriasis rubra pilaire qui a commencé à l'âge de 7 ans. L'état général est satisfaisant, mais à l'écran on note de volumineuses masses ganglionnaires dans le hile droit.

En résumé, notre enquête porte sur 17 descendants des grands-parents P..., 6 en première génération, 11 en deuxième. Sur 6 enfants, nous relevons 4 pityriasis rubra pilaire, tous les 4 sont tuberculeux.

Sur 11 membres de la deuxième génération, nous relevons trois cas de pityriasis rubra pilaire, les trois malades également tuberculeux.

OBSERVATION VII. — (MM. MILIAN et RIMÉ)

Pityriasis rubra pilaire et tuberculose aiguë

Il s'agit d'un malade G..., âgé de 59 ans, qui avait été envoyé dans le service le 23 mai 1925 par son médecin qui le soignait pour une bacillose depuis le mois de

janvier 1925. On avait trouvé de nombreux B.K. dans les crachats.

Le 1^{er} mars une éruption se déclara au visage et aux mains pour se généraliser ensuite, presque intégralement à la totalité du corps. Cette éruption se déclencha brusquement, elle se manifesta à l'entrée du malade par une couleur cuivrée diffuse de la face, avec desquamation farineuse de la même région.

Aux pieds comme à la paume des mains, il y avait une hyperkératose considérable et sur la presque totalité du corps étaient répandus des éléments folliculaires avec cônes en multiples endroits.

Comme nous l'avons dit au commencement, l'état général du malade était très précaire et il y avait une dyspnée considérable en rapport avec l'étendue immense et la profondeur des lésions pulmonaires ; il existait en outre une température continue qui oscillait autour de 39°. On trouvait d'ailleurs dans les crachats des bacilles tuberculeux en abondance.

L'intérêt de cette observation ne réside pas seulement dans la coïncidence de la tuberculose et du pityriasis rubra pilaire, mais des conditions dans lesquelles s'est développée cette éruption.

En effet, il s'agissait d'une tuberculose grave, qui à l'occasion d'une cure médicamenteuse dans laquelle il n'entraîna pas la moindre trace d'arsenic fit subitement cette explosion cutanée généralisée.

A l'autopsie on ne trouvait dans les poumons aucune lésion chronique ancienne, mais à peu près uniquement des lésions aiguës tuberculeuses de broncho-pneumonie.

OBSERVATION VIII. — (M. le Prof. GOUGEROT,
M. MEYER et M. LAFFITE)

*Pityriasis rubra pilaire avec intra-dermo-réaction
à la tuberculine positive*

La malade, âgée de 63 ans, n'a aucun antécédent permettant de soupçonner la tuberculose. Elle a vu se développer une éruption rouge et squameuse qui l'amène à entrer à l'hôpital.

Il s'agit d'un pityriasis rubra pilaire typique, avec cônes cornés du dos des doigts et saillies des follicules surtout aux avant-bras, aux jambes et dans le dos. L'éruption prend aux coudes et aux genoux un aspect psoriasiforme ; sur le tronc elle ressemble à une parakératose streptococcique ; aux cuisses et aux fesses, elle forme de larges placards érythémateux.

Chez cette malade, la cuti-réaction et l'intradermo-réaction à la tuberculine ont été fortement positives.

OBSERVATION IX. — (M. MILIAN)

Pityriasis rubra pilaire et cuti-réaction positive

Le nommé L... J..., âgé de 33 ans, est porteur d'une éruption ayant débuté au mois d'août 1906.

A l'entrée dans le service, le malade se présentait avec l'aspect suivant : Sur le dos des mains, les avant-bras, et une partie des bras, sur les jambes et les cuisses existait une rougeur diffuse. Sur le dos on remarquait

aussi des rougeurs en plaques de la dimension d'une pièce de cinq francs qui présentaient d'une manière très remarquable le plissé fin et régulier de stries papulo-sudorales et sébacéo-pilaires. Sur les épaules, sur le flanc, au niveau des fesses existent de nombreux éléments folliculaires. Sur le dos des mains, on voit quelques cônes. Sur le cuir chevelu, sur le visage existe une desquamation assez finement lamellaire.

A la plante des pieds existe une hyperkératose extrêmement accentuée. Les autres organes ne présentent rien d'anormal. Le 17 novembre, on lui fait une injection de 0 gr. 001 de tuberculine. Il n'y a pas de réaction.

Le 22 novembre, après une injection sous la peau de 0 gr. 006 de tuberculine on observe une réaction forte et extrêmement violente. La température commença à monter le lendemain de l'injection ; elle atteignit 40°2. Les phénomènes généraux furent aussi très accentués. Mais la plus importante fut la réaction locale des éléments de pityriasis.

Toutes les plaques étaient d'un rouge vif. De petites plaques à peine visibles la veille étaient maintenant d'une évidence absolue. Les cônes pilaires étaient sortis en grande abondance dans la région où ils n'existaient pas encore. Cette réaction locale des éléments de pityriasis rubra pilaire a suivi une marche parallèle à la température, rougeur et chaleur. Les cônes pilaires s'atténuaient progressivement au fur et à mesure que la température tombait.

OBSERVATION X. — (MM. LORTAT-JACOB et BREGER)

*Un cas d'amélioration de pityriasis rubra-pilaire
avec l'antigène de Nègre et Boquet*

Le début de l'affection remonte au mois de septembre 1922. Il a été marqué par l'apparition sur la face de petites taches rouges et sur le côté dorsal du bras et des mains de petites papules.

L'affection a progressé par poussées, survenant tous les 3 ou 4 mois.

L'examen des lésions nous fait constater à la face une rougeur diffuse très intense. Les bras présentent des placards à contours bien limités, mais irréguliers avec des papilles péripilaires typiques. On retrouve à la face dorsale des phalanges des doigts ainsi qu'à celle des orteils les cônes cornés caractéristiques. Les régions palmaires et plantaires sont rouges. Les ongles sont déformés et très épais. Les régions atteintes par l'éruption desquament, y compris le cuir chevelu.

Nous avons pratiqué chez ce malade, deux fois par semaine, des injections sous-cutanées d'antigène de Nègre et Boquet. La dose des injections a été élevée progressivement de 1/4 cc. à 1 cc. 1/2.

Nous avons constaté, depuis, une légère amélioration. L'épaississement de la peau semble avoir diminué. Aucune poussée nouvelle ne s'est produite. Le traitement est encore en cours.

OBSERVATION XI. — (MM. le Prof. GOUGEROT
et COHEN)

*Un cas d'amélioration de pityriasis rubra-pilaire
avec le vaccin de Vaudremer*

La malade, âgée de 63 ans, n'a aucun antécédent permettant de soupçonner la tuberculose, sauf qu'un de ses enfants est mort de péritonite tuberculeuse.

Elle a vu se développer depuis le mois d'août une éruption rouge, squameuse, prurigineuse qui l'amène le 3 décembre à l'hôpital.

Il s'agit d'un pityriasis rubra pilaire typique avec cônes cornés du dos des doigts et saillies des follicules, surtout aux avant-bras, aux jambes et dans le dos. L'éruption prend aux coudes et aux genoux un aspect psoriasiforme. Sur le tronc elle ressemble à une parakératose streptococcique ; aux cuisses et aux fesses elle forme de larges placards érythémateux. La cuti et intra-dermo réaction sont nettement positives. Cette malade a été soumise à un traitement par le vaccin de Vaudremer.

Elle a reçu du 11 décembre au 6 janvier, 11 injections sous-cutanées de 1/4 cc. d'antigène Boquet-Nègre, puis du 8 janvier, 12 injections sous-cutanées de 1/4 cc., puis 1/2 cc. de vaccin de Vaudremer.

Sous l'influence du vaccin de Vaudremer, elle a eu à chaque injection une réaction locale, animation nette des lésions du pityriasis rubra pilaire qui demeurent plus rouges. (Ce sont ces réactions locales qui ont empê-

ché chez cette malade l'augmentation des doses du vaccin).

Les lésions se sont peu à peu transformées et améliorées. Sur la peau tous les placards pâlissent mais sont encore érythémateux, lisses mais sans cornes ; les doigts ne donnent plus la sensation de râpe. Tous les cônes sur les placards sont tombés. Il y a donc sous l'influence du vaccin une transformation très marquée des lésions.

OBSERVATION XII. — (M. le Professeur GUGEROT)

*Un cas de guérison de pityriasis rubra pilaire
par le vaccin de Vaudremer*

La malade, une fillette de 5 ans, nous est envoyée par son médecin. en mars 1925. Le diagnostic de pityriasis rubra pilaire s'impose.

En effet, presque tout le corps est rouge, squameux avec cônes cornés pilaires, la figure est envahie, la paume des mains et la plante des pieds sont le siège d'un infiltrat rouge sombre. L'examen général ne révélait que quelques petits ganglions disséminés. Nous avons pratiqué chez cette enfant des applications locales de vaseline salicylique à 5 %, puis des applications de Procuta de Brisson, et enfin des injections sous-cutanées mensuelles, d'un 1/2 cc., 3/4, puis 1 cc. de vaccin antituberculeux de Vaudremer. L'injection de vaccin fut faite par notre confrère D..., le 25 mai, et vers juin je recevais une lettre me disant que l'enfant était guérie depuis le 10 juin. Je ne le crus pas d'abord et demandai à voir la malade.

Je constatai que la guérison complète était indiscutable. Cette guérison si rapide est tout à fait impressionnante.

J'ai revu l'enfant le 17 septembre, la guérison se maintenait complètement.

Le Docteur D... a fait une deuxième injection de 3/4 cc. de vaccin au début de juillet et une troisième injection de 1 cc. 5 en septembre.

Voilà le fait indiscutable ! Comment l'expliquer ?

Une régression spontanée nous paraît difficilement admissible. Le traitement externe ne nous paraît pas avoir suffi. Le vaccin antituberculeux Vaudremer nous paraît seul être efficace.

OBSERVATION XIII. — (M. le Professeur GOUGEROT
et M. LAFFITTE)

*Un cas de guérison d'un pityriasis rubra pilaire
par le vaccin de Vaudremer*

Un garçon de 16 ans atteint en 1927 d'adénite tuberculeuse axillaire droite, commence en novembre 1929 un pityriasis rubra pilaire. Les lésions étudiées le 4 mars 1929 sont celles d'un pityriasis rubra pilaire le plus typique.

Deux cures de 12 injections du vaccin de Vaudremer en mars-avril et juin-juillet amènent une amélioration très manifeste. Il interrompt alors, ne faisant plus que du traitement local : chrysarobine, acide pyrogallique. Il reprend donc une troisième cure de Vaudremer en mai-avril 1930 et une cure du 10 juin au 8 juillet. Malgré

l'absence du traitement local l'amélioration se déclenche rapidement. Le 30 juin, il est presque guéri, et le 27 août 1930 il est complètement guéri.

La preuve que le vaccin de Vaudremer est la cause de la guérison est donnée par la comparaison des trois périodes du traitement : première période de 5 mois : 2 cures de Vaudremer : amélioration très nette. La deuxième période de 7 mois : traitement local : amélioration insignifiante ; troisième période de 5 mois : deux cures de Vaudremer : guérison complète.

Le vaccin de Vaudremer nous apparaît donc comme le meilleur traitement de cette dermatose réputée jusqu'alors comme incurable.

OBSERVATION XIV. — (MM. PAUTRIER et HINCKY)

Pityriasis rubra pilaire et inoculation au cobaye négative

Nous croyons utile de citer cette observation à cause des arguments qu'elle apporte contre la nature tuberculeuse de pityriasis rubra pilaire.

Il s'agit en résumé de pityriasis rubra pilaire dont le diagnostic ne fait pas de doute, à évolution rapide, puisque en deux mois la face, le tronc, les membres supérieurs et particulièrement les membres inférieurs ont été envahis. Nous avons fait deux biopsies chez notre malade, l'une pour l'examen histologique, l'autre pour l'inoculation à deux cobayes. L'examen histologique nous a montré des lésions réduites au minimum et consistants à peu près uniquement à une hyperkératose de

l'infundibulum pileux avec cônes engainés autour d'un poil. La réaction dermique périfolliculaire est à peu près nulle, tout au plus existe-t-il quelques rares éléments cellulaires. On ne peut même pas prononcer le terme de péri-folliculite et rien, de très loin, ne permet de rappeler la moindre ébauche tuberculoïde. On conçoit difficilement qu'une tuberculose à localisation pileuse se traduise par une intégrité de derme aussi complète. Nous avons aussi inoculé deux cobayes, l'un est mort au bout de huit jours sans lésion d'inoculation ni de lésions viscérales, l'autre est mort au bout de six semaines sans lésion d'inoculation ni de lésions viscérales, mais avec un petit ganglion inguinal. L'examen histologique de ce dernier n'a montré que des lésions inflammatoires banales et pas de traces de lésions tuberculeuses.

CONCLUSIONS

Il nous semble, qu'en raison des faits rapportés dans ce travail, nous pouvons conclure que :

1. La coexistence des manifestations tuberculeuses pulmonaires, ganglionnaires ou cutanées avec le pityriasis rubra pilaire est fréquente (60 % des cas).

2. La réaction à la tuberculine du sujet atteint de pityriasis rubra pilaire, réaction locale générale et surtout réactivation des éléments de pityriasis se montrent souvent positives.

3. Le traitement avec les produits à base de tuberculine est le plus efficace.

4. L'examen histologique n'a jamais montré un tissu tuberculoïde.

5. L'inoculation au cobaye n'a pas donné de résultats positifs.

Est-on autorisé dans ces conditions à déclarer que le pityriasis rubra pilaire est de nature tuberculeuse ? Nous pensons que tout ce que l'on est autorisé à dire c'est que lorsqu'une affection cutanée d'une cause indé-

terminée comme le pityriasis rubra pilaire s'accompagne dans un pourcentage de cas si élevé (60 % environ) de manifestations tuberculeuses, on peut être amené en toute logique à se demander s'il n'existe pas entre elle et la tuberculose un lien de causalité, bien que l'inoculation au cobaye se montre négative.

Vu : le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu : le Président de la thèse,

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BROCQ. — Traité élémentaire de dermatologie.
- GAUCHER. — Traité des maladies de la peau.
- THIBIERGE. — La pratique dermatologique.
- DARRIER. — Précis de dermatologie.
- DARRIER, SABOURAUD, GOUGEROT, MILIAN, etc. —
Nouvelle pratique dermatologique.
- LEVY-FRANCKEL. — Le pityriasis rubra pilaire. (Encyclopédie Médico-Chirurgicale).
- LORTAT-JACOB et FERNET. — Cinq cas de pityriasis rubra pilaire dans une même famille. (Bull. Soc. Franç. de Dermatologie et Syphil., 1930, p. 653).
- LOUSTE, LEVY-FRANCKEL et THIBAUT. — Pityriasis rubra pilaire avec troubles endocriniens. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1924, p. 407).
- WEISSENBAACH et LEVY-FRANCKEL. — Un cas de pityriasis rubra pilaire. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1926).

TOURAINÉ et SOLENTE. — Sept cas de pityriasis rubra pilaire dans une même famille. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1932, p. 662).

MILIAN et RIME. — Pityriasis rubra pilaire chez un tuberculeux. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1925, 260).

MILIAN. — Nature tuberculeuse de pityriasis rubra pilaire. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1906).

LORTAT-JACOB et BREGER. — Un cas d'amélioration de pityriasis rubra pilaire avec l'antigène Negre et Boquet. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1922).

GOUGEROT et COHEN. — Un cas d'amélioration de pityriasis rubra pilaire avec le vaccin de Vaudremer. (Bull. Soc. Franç. de Dermato et Syphil., 1930).

GOUGEROT. — Un cas de guérison de pityriasis rubra pilaire par le vaccin de Vaudremer. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1925, p. 374).

GOUGEROT et LAFFITE. — Un cas de guérison de pityriasis rubra pilaire par le vaccin Vaudremer. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1930, p. 1168).

PAUTRIER et HINCKY. — Pityriasis rubra pilaire et inoculation au cobaye négative. (Bull. Soc. Franç. de Dermato. et Syphil., 1926, p. 271).

